

VU Research Portal

Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen

Broese Van Groenou, M.I.; van Tilburg, T.G.

published in

Toekomstverkenning informele zorg
2007

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Broese Van Groenou, M. I., & van Tilburg, T. G. (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In A. de Boer (Ed.), *Toekomstverkenning informele zorg* (pp. 45-64). Sociaal en Cultureel Planbureau.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Broese van Groenou, M.I., & van Tilburg, T.G. (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In A. de Boer (Red.), Toekomstverkenning informele zorg (pp. 45-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 978-90-377-0319-1

3 Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen

Marjolein Broese van Groenou en Theo van Tilburg (LASA/Vrije Universiteit)

3.1 Inleiding

Persoonlijke relaties zijn van grote waarde voor een individu. Relaties bieden dagelijks contact en geborgenheid, leveren hulp op momenten dat het nodig is, en voorkómen eenzaamheidsgevoelens. Persoonlijke relaties worden ook wel sociaal kapitaal genoemd, omdat er in relaties is geïnvesteerd net als in financieel of cultureel kapitaal. Op een gegeven moment kan men relaties aanspreken op te verwachten opbrengsten van deze investeringen (Portas 1998). Het aanspreken van dit sociaal kapitaal gebeurt met bepaalde doeleinden en leidt naar verwachting tot bepaalde opbrengsten. Men kan zijn netwerk bijvoorbeeld aanspreken om informatie te krijgen over een nieuwe werkkring of een nieuwe behandelmethode. Maar men kan ook netwerkleiden aanspreken voor financiële hulp, hulp bij psychische problemen of hulp bij activiteiten die men zelf niet of alleen met veel moeite kan verrichten. De term kapitaal impliceert twee belangrijke aspecten: we moeten in ons kapitaal investeren oftewel de relaties onderhouden, en het is mogelijk dat het kapitaal niet wordt 'uitbetaald', oftewel dat de verwachte hulp niet wordt geleverd.

Informele zorg, zoals gedefinieerd in dit rapport, is op te vatten als een bijzondere opbrengst van sociaal kapitaal. Informele zorg heeft vooral betrekking op hulp bij persoonlijke verzorging, bij huishoudelijke activiteiten of bij vaak voorkomende logistieke zaken (transport naar het ziekenhuis bijvoorbeeld). Deze vormen van hulp doen veelal een groter beroep op het beschikbare sociaal kapitaal dan bijvoorbeeld geld lenen, of een dagje helpen bij een verhuizing. Sommige netwerkrelaties zijn dan ook minder geschikt om informele zorg te leveren dan andere. Relaties met veel 'zorgpotentieel' zijn vooral de relaties met personen die ons nabij staan en waarin we eerder veel tijd en energie hebben geïnvesteerd. Zo zijn partners en kinderen bij uitstek de leveranciers van informele zorg, maar ook sommige buren, familieleden en vrienden leveren een bijdrage aan informele zorg (Timmermans 2003; De Boer 2005).

De omvang van het zorgpotentieel van een netwerk wordt vooral bepaald door de mogelijkheden die men in de loop van het leven heeft om relaties aan te gaan en te onderhouden. Verschillen in het zorgpotentieel van de netwerken van ouderen zijn gerelateerd aan individuele en contextfactoren waarvan bekend is dat die in verband staan met het onderhouden van een groot en gevarieerd persoonlijk netwerk. Kenmerken van de sociale situatie zijn hierbij van belang: gehuwden, mensen met

kinderen, degenen die betrokken zijn bij een kerkelijke gemeenschap en ouderen die op het platteland wonen, hebben doorgaans grotere en meer gevarieerde netwerken (Knipscheer et al. 1995). Daarnaast spelen de individuele mogelijkheden en capaciteiten een rol; mensen met een hogere sociaaleconomische status (opleidingsniveau of inkomen) hebben grotere en meer gevarieerde netwerken (Broese van Groenou en Van Tilburg 2003), en mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaak buurtgeoriënteerde netwerken (Greenwell en Bengtson 1997). Gezondheidsproblemen belemmeren enerzijds het onderhouden van relaties en kunnen leiden tot verlies van relaties. Anderzijds zullen bij het ontstaan, voortduren of verergeren van de gezondheidsproblemen relaties worden aangesproken op eerder gedane investeringen, wat zich kan uitbetalen in hulp aan de zorgbehoevende (Van Tilburg en Broese van Groenou 2002). In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe groot het zorgpotentieel is in de netwerken van ouderen en in hoeverre het zorgpotentieel samenhangt met individuele en contextuele kenmerken van de ouderen. Daarbij is er bijzondere aandacht voor ouderen zonder of met zeer weinig zorgpotentieel.

Een aantal ontwikkelingen in de samenleving in de afgelopen decennia, zoals het afnemend kindertal, de toename in arbeidsparticipatie van vrouwen, de toename in het aantal echtscheidingen en de ontkerkelijking, kan gevolgen hebben voor het zorgpotentieel. Ouderen van de toekomst beschikken wellicht over netwerken met minder zorgpotentieel dan ouderen vroeger. In dit hoofdstuk wordt daarom een vergelijking gemaakt tussen het zorgpotentieel van ouderen in 1992 en dat in 2002.

Naast de beschikbaarheid van zorgpotentieel is het de vraag of het zorgpotentieel zich inderdaad uitbetaalt in informele zorg. De verwachting is dat naarmate men over meer relaties beschikt met zorgpotentieel, des te groter is de kans dat een aantal van deze relaties ook daadwerkelijk informele zorg levert op het moment dat daaraan behoefte is. Naar verwachting zal voor sommige ouderen het verkrijgen van informele zorg niet te moeilijk zijn: ouderen met partner, kinderen en met goed onderhouden relaties met burens en vrienden hebben een grote kans informele zorg te krijgen als dit nodig mocht zijn (bv. De Jong Gierveld en Dykstra 2002). Voor andere ouderen ligt dat problematischer. Alleenstaanden, kinderlozen, degenen met slechte contacten met kinderen, ouderen met een klein netwerk of met relaties van geringe kwaliteit, kunnen minder rekenen op informele zorg en zijn daarmee eerder aangewezen op professionele zorgverleners en vrijwilligers in de zorg (Geerlings et al. 2005). In dit hoofdstuk wordt voor een selectie van de ouderen, namelijk diegenen die in de loop van zes jaar tijd gezondheidsproblemen ontwikkelden, nagegaan of het zorgpotentieel zich daadwerkelijk heeft uitbetaald in informele zorg.

Samengevat ontstaat in dit hoofdstuk een indruk van het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen van nu en in de nabije toekomst. Eerst wordt aangegeven welke criteria er zijn gesteld ter bepaling van het zorgpotentieel in de persoonlijke netwerken van ouderen. Met behulp van gegevens van de Longitudinal Aging Study

Amsterdam (LASA) van ouderen in de leeftijd van 65 tot 95 jaar, worden de volgende vier vragen beantwoord:

- 1 Hoe groot is het zorgpotentieel van ouderen in het totale netwerk en in de deelnetwerken van kinderen, overige familie, buren, vrienden en overige niet-familie?,
- 2 Hoe hangen achtergrondkenmerken van ouderen samen met de omvang van het zorgpotentieel in het totale netwerk?
- 3 In hoeverre beschikken huidige ouderen (65-85-jarigen in 2001/2002) over netwerken met meer zorgpotentieel dan de vorige generatie (65-85-jarigen in 1992/1993)?
- 4 In hoeverre wordt bij ouderen die fysieke beperkingen ontwikkelden in de loop van zes jaar tijd (1995/1996-2001/2002) het zorgpotentieel omgezet in daadwerkelijk verkregen informele zorg?

3.2 Definitie van zorgpotentieel

Voor de definitie van het zorgpotentieel van een netwerk baseren we ons op de beschikbare kennis over de determinanten van informele zorg. Een eerste achtergrond van deze verschillen is gelegen in het relatietype; partners en kinderen hebben veel meer zorgpotentieel dan de meeste andere relatietypen, omdat zij zich meer en direct verantwoordelijk voelen (Timmermans 2003), en omdat de zorgbehoevende ouder ook van deze relatietypen de meeste hulp verwacht (Hamon en Blieszner 1990). Buren en vrienden zijn veelal ook geneigd hulp te verlenen, maar dan vooral in aanvulling op partners en kinderen en voor korte tijd (Barker 2002).

Maar ook binnen relatietypen kunnen verschillen in zorgpotentieel bestaan. Sommige kinderen leveren meer informele zorg aan hun ouders dan andere kinderen, en hetzelfde geldt voor buren en vrienden. Oorzaken voor de verschillen in zorgverlening binnen relatietypen liggen veelal in de individuele kenmerken, zoals sekse (dochters zorgen meer dan zonen), en beschikbare tijd (combinatie van arbeid en zorg) (Dwyer en Coward 1991). Andere oorzaken liggen in relatiekenmerken van zorgbehoevende en potentiële zorgverlener, zoals geografische nabijheid, maar ook de kwaliteit van het contact en eerder gedane investeringen (elkaar over-en-weer hulp bieden). Vooral het actieve karakter van de relatie is hier van belang voor het zorgpotentieel, meer dan de individuele kenmerken als sekse en werkstatus van het netwerklied. In relaties waarin men regelmatig contact heeft met elkaar en sprake is van uitwisseling van steun over-en-weer, zal de interactiepartner meer geneigd zijn bij te springen in zorgverlening. Deze relaties kenmerken zich dan door veel zorgpotentieel. Voor elk van de genoemde relatietypen wordt een relatie als zorgpotentieel opgevat als met het netwerklied minstens maandelijks contact (ongeacht de vorm van contact: bellen, mailen, *face-to-face*) wordt onderhouden en er sprake is van enige uitwisseling van instrumentele en emotionele steun in het afgelopen jaar.¹ Geografische nabijheid is ook een belangrijke voorwaarde voor het leveren van informele zorg. Aanvullend bekijken we daarom ook hoeveel relaties met zorgpotentieel binnen een reisafstand van tien minuten wonen. Reisafstand wordt echter niet

als criterium voor zorgpotentieel opgenomen. De reisafstand is namelijk vooral van belang voor de urgente of voor de frequente kortdurende hulp; dit kan een onderdeel zijn van informele zorg, maar informele zorg kent ook langdurige, niet-urgente hulp.

Voor een beschrijving van het zorgpotentieel van ouderen worden gegevens gebruikt van LASA. In bijlage B (te vinden via internet op www.scp.nl/toekomstverkenning-informelezorg) staat een beschrijving van de steekproef van LASA en is meer informatie opgenomen over de identificatie van netwerken, en de operationalisatie van zorgpotentieel. In dit hoofdstuk worden vooral gegevens gebruikt afkomstig uit de 2001/2002 LASA-waarneming van 1351 ouderen in de leeftijd van 65 tot 95 jaar. Deze 1351 ouderen rapporteren over 19.312 netwerkrelaties, waarbij de relatie met de partner niet is meegeteld.

3.3 Het zorgpotentieel in het netwerk

Het zorgpotentieel van een netwerk omvat het totaal aantal relaties in het persoonlijk netwerk van de oudere met kinderen, overige familie, burens, vrienden en niet-verwanten, met wie minstens maandelijks contact bestaat en met wie minstens enige instrumentele en emotionele hulp wordt uitgewisseld. Het maximaal haalbare aantal relaties is negen, omdat gegevens over steunuitwisseling alleen beschikbaar zijn voor de maximaal negen netwerkleden met wie de hoogste contactfrequentie bestaat. Hiermee kan het aantal relaties met zorgpotentieel enigszins zijn onderschat, omdat er ook sprake kan zijn van steunuitwisseling in de relaties die niet binnen de top negen van meest frequente contacten vallen. Vooral degenen met grote netwerken worden hierdoor mogelijk benadeeld. Het is dan ook belangrijk bij de interpretatie van de gegevens in gedachten te houden dat er sprake is van geforceerde grenzen bij het bepalen van het aantal relaties met zorgpotentieel (zie ook de methodologische verantwoording in bijlage B).

In tabel 3.1 is zichtbaar dat de netwerken van de ouderen gemiddeld 3,7 netwerkrelaties bevatten met zorgpotentieel. Dit betreft 44% van de relaties geïdentificeerd in de top negen van meest frequente contacten. In tabel 3.1 wordt duidelijk dat vooral de kinderen het zorgpotentieel in het netwerk vormen (gemiddeld 2,0 relaties), gevolgd door burens (0,6) en overige familie (0,6 relaties). Het aantal vrienden en overige niet-verwanten dat aan de criteria voor zorgpotentieel voldoet is gemiddeld genomen gering; respectievelijk 0,2 en 0,3. Er zijn 207 respondenten (15%) die in het geheel geen zorgpotentieel hebben in hun netwerk, en 143 respondenten (11%) met slechts één relatie met zorgpotentieel.

Tabel 3.1

Het zorgpotentieel van 65-95-jarigen, 2001/2002

	aantal (bereik 0-8; n = 1351)	% relaties in netwerk met potentieel (n = 19.312)	idem, binnen 10 minuten reisafstand (n = 19.312)
kinderen	2,0	47	20
overige familie	0,6	12	5
buren	0,6	31	31
vrienden	0,2	17	8
overige niet-familie	0,3	13	8
totaal	3,7	26	14

Bron: VU (LASA'01/'02)

Het zorgpotentieel verschilt nogal naar relatietype. Van alle kinderen in het netwerk voldoet 47% aan de vereisten van contact en steunuitwisseling, en van alle burens voldoet 31% aan de criteria. Relatietypen waarin veel minder zorgpotentieel beschikbaar is, zijn de relaties met overige verwanten (12%) en niet-verwanten (13%). Ook bij vrienden vinden we relatief weinig zorgpotentieel (17%), wat erop wijst dat deze vriendschapsrelaties van ouderen niet regelmatig worden onderhouden en/of niet erg ondersteunend zijn. De eis van geografische nabijheid zou leiden tot een halvering van het zorgpotentieel bij de kinderen en de andere relatietyper (zie tabel 3.1), met uitzondering van de relaties met de burens. Dit benadrukt nog eens het grote zorgpotentieel bij burensrelaties in het netwerk.

3.4 Zorgpotentieel naar de kenmerken van ouderen

De tweede vraag betreft welke categorieën ouderen over relatief veel of weinig zorgpotentieel beschikken. Daartoe is door middel van bivariate analyses nagegaan, of het gemiddeld aantal netwerkrelaties met zorgpotentieel van ouderen verschilt tussen ouderen wanneer we onderscheiden naar een groot aantal achtergrondkenmerken. De eerste aandacht gaat uit naar de verschillen in zorgpotentieel tussen de ouderen met en de ouderen zonder fysieke beperkingen. Voor de eersten is het belang van informele zorg al in de directe toekomst gelegen, terwijl de laatste groep nog tijd heeft om zorgpotentieel op te bouwen. Tabel 3.2 laat zien dat uitsplitsing naar functionele beperkingen slechts kleine verschillen toont voor de meeste relatietyper. Voor vriendenrelaties is een duidelijk verschil te zien: onder ouderen met functionele beperkingen is een geringer deel van de vrienden een potentiële zorgverlener in vergelijking met ouderen zonder functionele beperkingen. Deze resultaten suggereren dat het onderhoud met vrienden belemmerd wordt door functionele beperkingen. Het kan echter ook zo zijn dat ouderen met functionele beperkingen

minder vriendschapsrelaties kunnen onderhouden omdat vrienden (veelal leeftijd-genoten) mogelijk ook met functionele beperkingen kampen.

Als de nabijheid van de netwerkleiden op maximaal tien minuten reistijd wordt gezet, vermindert het zorgpotentieel drastisch in beide groepen ouderen. Het onderscheid naar functionele beperkingen blijkt opnieuw niet van belang.

Tabel 3.2

Het percentage relaties met zorgpotentieel voor ouderen met en voor ouderen zonder functionele beperkingen, 2001/2002^a

	zonder nabijheidseis		binnen 10 minuten reistijd	
	geen functionele beperkingen (< 2)	functionele beperkingen (> 1)	geen functionele beperkingen (< 2)	functionele beperkingen (> 1)
kinderen	46	48	19	22
overige familie	13	12	5	4
buren	30	32	30	32
vrienden	22	15	11	7
overige niet-familie	13	12	7	7

a N = 11.964 netwerkreliaties voor ouderen zonder functionele beperkingen (< 2 op schaal van 0-6) en N = 7348 netwerkreliaties voor ouderen met functionele beperkingen (> 1).

Bron: VU (LASA'01/'02)

Er is een groot aantal individuele en sociale kenmerken van de ouderen in verband gebracht met zorgpotentieel. We hebben de resultaten onderverdeeld naar persoonskenmerken (tabel 3.3), kenmerken van de gezondheid (tabel 3.4), en kenmerken van de sociale omgeving (tabel 3.5). Tabel 3.3 laat zien dat een aantal persoonskenmerken van groot belang is voor de omvang van het zorgpotentieel. Een hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau en een lager inkomen reduceren het aantal relaties met zorgpotentieel. Vooral degenen met een minimuminkomen hebben een gering zorgpotentieel, maar er is niet een eenduidige stijging van zorgpotentieel in de oplopende inkomenscategorieën. Zoals later zal blijken in de multivariate analyse zijn inkomen en leeftijd minder belangrijk dan het opleidingsniveau (zie tabel 3.6).

Tabel 3.3

Gemiddeld aantal relaties met zorgpotentieel in de netwerken van ouderen naar persoonskenmerken, 2001/2002 (n = 1351)

	aantal relaties met zorgpotentieel	
	gemiddeld	F-toets ^a
seks		
man	3,7	n.s.
vrouw	3,6	
leeftijd		
65-74 jaar	3,9	*
75-84 jaar	3,5	
85-94 jaar	3,2	
opleiding		
lage opleiding	3,4	*
laag uitgebreid	3,8	
middelbaar	4,1	
hoog	3,9	
inkomen (netto per jaar, excl. vakantiegeld in euro's)		
≤ 9.529	3,1	**
9.530-10.890	3,7	
10.891-12.252	4,0	
12.253-13.613	3,5	
13.614-16.336	3,3	
16.337-19.058	4,1	
19.059-21.781	3,7	
21.782-24.504	4,4	
24.505-27.226	3,8	
≥ 27.227	3,7	

a * p < 0,01; ** p < 0,001.

n.s.: Niet significant.

Bron: VU (LASA'01/'02)

Gezondheid lijkt niet zonder meer in verband te staan met het zorgpotentieel; subjectieve gezondheid, chronische aandoeningen, en functionele beperkingen leveren geen onderscheid naar zorgpotentieel (tabel 3.4). Dit is wel het geval voor ouderen die depressief zijn dan wel cognitieve stoornissen hebben; zij hebben gemiddeld minder zorgpotentieel dan degenen die niet depressief zijn of goed functioneren op de cognitietest (Mini-Mental State Examination, MMSE). Vooral degenen die cognitief slecht functioneren, beschikken over relatief weinig zorgpotentieel. Het cognitief functioneren blijft belangrijk, ook als rekening wordt gehouden met alle andere kenmerken in de multivariate analyse (tabel 3.6).

Tabel 3.4

Gemiddeld aantal relaties met zorgpotentieel in de netwerken van ouderen naar kenmerken van de gezondheid, 2001/2002 (n = 1351)

	aantal relaties met zorgpotentieel	
	gemiddeld	F-toets ^a
subjectieve gezondheid		
slecht of niet zo goed	3,4	n.s.
redelijk	3,5	
goed	3,8	
chronische ziekten		
geen ziekten	3,5	n.s.
een ziekte	3,8	
twee ziekten	3,7	
drie ziekten	3,6	
≥ vier ziekten	3,8	
functionele beperkingen (ADL)		
geen beperkingen	3,8	n.s.
een beperking	3,9	
twee beperkingen	3,5	
drie beperkingen	3,4	
vier tot zes beperkingen	3,4	
depressieve symptomen		
nee	3,7	*
ja	3,4	
MMSE (cognitie)		
laag	2,9	**
hoog	3,8	

a * p < 0,05; ** p < 0,01.

n.s.: Niet significant.

Bron: VU (LASA'01/'02)

Tabel 3.5 laat zien dat sociale contextfactoren van groot belang zijn voor de omvang van het zorgpotentieel: ouderen hebben gemiddeld genomen meer zorgpotentieel als ze gehuwd zijn, als ze meer kinderen hebben en lid zijn van een kerkelijke gemeenschap, in het bijzonder de gereformeerden en de katholieken. Daarbij geldt dat degenen die vaker naar de kerk gaan iets meer zorgpotentieel hebben dan degenen die minder vaak naar de kerk gaan. Andere contextfactoren, zoals het wonen in een grote stad en het wonen in een intramurale instelling reduceren het zorgpotentieel. Ouderen die professionele zorg gebruiken hebben gemiddeld minder potentieel in hun netwerk, wat kan wijzen op een verdringingseffect, maar ook op een juiste inzet van professionals in netwerken die tekortschieten wat betreft potentiële informele zorgers. De gezinssituatie zal later belangrijker blijken dan de woonsituatie en

het gebruik van professionele hulp (tabel 3.6), wat nog eens de precare positie van alleenstaanden en kinderlozen benadrukt.

Tabel 3.5

Gemiddeld aantal relaties met zorgpotentieel in de netwerken van ouderen naar kenmerken van de sociale context, 2001/2002 (n = 1351)

	gemiddeld	F-toets
burgerlijke staat		
gehuwd of met partner samenwonend	3,9	**
weduwstaat	3,6	
gescheiden	3,2	
ongehuwd	2,3	
aantal kinderen		
geen kinderen	2,4	**
een kind	3,2	
twee kinderen	3,7	
drie kinderen	3,8	
vier kinderen	4,3	
≥ vijf kinderen	4,3	
zelfstandig wonend		
niet	2,3	**
ja	3,7	
kerklidmaatschap		
geen lid kerk	3,4	**
Nederlands-hervormd	3,5	
gereformeerd	3,8	
katholiek	4,1	
frequentie kerkbezoek		
maandelijks of minder	3,5	*
2 of 3 keer per maand	4,0	
wekelijks of vaker	4,0	
urbanisatie ^a		
platteland	3,7	*
dorpen	3,9	
stedelijk	3,9	
grote steden	3,2	
professionele hulp		
niet	3,8	**
wel	3,1	

* p < 0,01; ** p < 0,001.

a De indeling is gebaseerd op het aantal inwoners per km²; platteland = < 1000 inwoners per km²; dorp = 1000-1500 inwoners per km²; stedelijk = 1500-2500 inwoners per km²; grote stad = > 2500 inwoners per km².

Bron: VU (LASA'01/'02)

Met de voorgaande kenmerken van de ouderen is ook een multivariate regressie-analyse uitgevoerd om na te gaan welke van deze achtergrondkenmerken een relatief grote bijdrage leveren aan de verklaring van de verschillen tussen ouderen met een verschillend zorgpotentieel. Tabel 3.6 laat zien dat gehuwd zijn (ten opzichte van ongehuwd zijn), een groter kindertal, een hoger opleidingsniveau, en een beter cognitief vermogen positief samenhangen met een groter zorgpotentieel in het netwerk. Daarbij hebben katholieken een relatief groot zorgpotentieel in vergelijking met niet-gelovigen, zelfs als rekening is gehouden met de relatief grote gezinnen van katholieke ouderen. In de bivariate analyses hadden ook de ouderen in de twee andere geloofsgemeenschappen relatief veel zorgpotentieel. In deze multivariate analyse is het verschil tussen Nederlands-hervormden en gereformeerden enerzijds en niet-gelovigen anderzijds niet significant, wat erop wijst dat het groter zorgpotentieel van de protestanten te danken is aan een groter kindertal.

Tabel 3.6

Multivariate regressieanalyse van achtergrondkenmerken op het aantal relaties met zorgpotentieel van ouderen, 2001/2002 (n = 1351)^a

	B	bèta	t
(constant)	-0,22		-0,1
opleidingsniveau (laag – hoog)	0,22	0,09	2,7**
cognitief functioneren (MMSE; laag vs. hoog)	0,09	0,10	3,0**
burgerlijke staat (ref. = gehuwd)			
ongehuwd	-0,77	-0,06	-2,0*
gescheiden	-0,31	-0,03	-0,9
weduwstaat	-0,03	-0,01	-0,2
aantal kinderen (0-15)	0,31	0,18	6,2***
kerk lidmaatschap (ref. = geen lid)			
Nederlands-hervormd	-0,21	-0,03	-0,9
gereformeerd	-0,05	-0,01	-0,2
katholiek	0,44	0,08	2,1*

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

a De volgende kenmerken waren opgenomen in de analyse maar niet significant (p > 0,05); sekse, leeftijd, inkomen, zelfstandig wonen, kerkbezoek, urbanisatiegraad, professionele zorg, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, functionele beperkingen, depressieve symptomen.

Bron: VU (LASA'01/'02)

Net als in de bivariate samenhangen is het aantal functionele beperkingen niet significant. Deze resultaten ondersteunen de bevinding dat de zorgbehoefte (geïndiceerd door functionele beperking en andere fysieke aandoeningen) niet van belang is voor de grootte van het zorgpotentieel. Veel meer is de beschikbaarheid van bepaalde relaties, in het bijzonder de partner, kinderen, en via de katholieke gemeenschap van

belang, en daarnaast de mogelijkheden om relaties te onderhouden, zoals geïndiceerd door een hoger opleidingsniveau en een goed cognitief functioneren.

3.5 Kwetsbare ouderen

In het voorgaande lieten we zien welke achtergrondkenmerken van ouderen bijdragen tot meer of minder zorgpotentieel. Interessant is te bekijken welke ouderen nu over geen of heel weinig zorgpotentieel beschikken. We hebben daartoe drie groepen onderscheiden. De eerste groep ouderen heeft in het geheel geen zorgpotentieel ($N = 101$); zij hebben noch een partner, noch een netwerkrelatie met zorgpotentieel. Deze groep beschouwen we als zeer kwetsbaar, hier is de kans op informele zorg immers vrijwel nihil. De tweede groep bestaat uit ouderen die of een partner hebben, of geen partner maar wel één andere relatie met zorgpotentieel. Deze ouderen ($N = 79$) beschouwen we als matig kwetsbaar, omdat slechts één relatie beschikbaar is die als informelezorger kan fungeren. De overige ouderen ($N = 1071$) vormen de derde groep, zij hebben ten minste twee relaties met zorgpotentieel en worden als niet-kwetsbaar beschouwd.

Tabel 3.7 geeft de resultaten van een multinomiale analyse waarin alle achtergrondkenmerken worden onderzocht op het voorkomen in de twee kwetsbare groepen, en waarbij de niet-kwetsbare ouderen als referentiecategorie fungeren. De odds ratio (OR) van een bepaald kenmerk geeft aan hoe groot de relatieve kans is om met dit kenmerk tot de groep van zeer of matig kwetsbaren te behoren, ten opzichte van degenen die dit kenmerk niet hebben. Een OR van 3,7 voor leeftijd geeft bijvoorbeeld aan dat ouderen boven de 85 jaar een 3,7 keer zo grote kans hebben om tot de zeer kwetsbaren te behoren als ouderen in de vergelijkingsgroep, degenen in de leeftijd van 65 tot 74 jaar.

De bevindingen in tabel 3.7 laten zien dat de degenen met een zeer hoge leeftijd (≥ 85 jaar), degenen met een zeer laag inkomen, de kinderlozen, de gereformeerden, degenen die minder dan maandelijks naar de kerk gaan, en degenen die in een grote stad wonen, een relatief grote kans lopen tot de zeer kwetsbare ouderen te behoren. Het is dus vooral een sterk beperkte sociale context die ertoe bijdraagt dat deze ouderen niet over zorgpotentieel beschikken. Zij hebben partner noch kinderen, en hebben hiervoor ook geen vervanging in de buurt of de geloofsgemeenschap kunnen vinden. Daarbij zijn het vooral degenen met een gebrek aan mogelijkheden om relaties te onderhouden, zoals blijkt uit een hoge leeftijd en een zeer laag inkomen. Opmerkelijk is het feit dat gereformeerden (ten opzichte van de katholieken) een grotere kans hebben om tot de zeer kwetsbaren te horen. Dit is bevestigd in ander onderzoek waaruit bleek dat gereformeerde alleenstaanden relatief vaker depressief zijn en minder steun ontvangen van hun persoonlijk netwerk (Braam et al. 2004). Onze resultaten wijzen er ook op dat in beperkte sociale omstandigheden (geen partner, geen kinderen) de kerkelijke betrokkenheid van katholieken leidt tot een groter zorgpotentieel dan bij de andere geloofsgroepen en de niet-gelovigen.

Tabel 3.7

Kenmerken van ouderen zonder en met beperkt zorgpotentieel,^a 2001/2002

	geen zorg- potentieel	OR (sign.)	één relatie met zorgpotentieel	OR (sign.)
leeftijd				
≥ 85 jaar (ref. = 65-74 jaar)	3,7	**	0,8	
75-84 jaar (ref. = 65-74 jaar)	1,9		1,2	
kindertal				
geen kinderen	6,9	***	2,6	**
een kind	1,4		1,0	
twee kinderen	0,7		0,9	
drie kinderen	1,0		1,0	
vier kinderen	1,6		0,8	
≥ vijf kinderen (= ref.)	.		.	
inkomen (netto per jaar, excl. vakantiegeld in euro's)				
≤ 9529	4,7	*	0,6	
9530-10.890	2,5		0,6	
10.891-12.252	3,8		0,4	
12.253-13.613	2,6		0,7	
13.614-16.336	1,9		1,1	
16.337-19.058	1,6		0,6	
19.059-21.781	0,6		0,7	
21.782-24.504	1,7		0,6	
24.505-27.226	2,3		0,6	
≥ 27.227 (= ref.)	.		.	
kerklidmaatschap				
geen lid kerk	0,6		1,9	*
Nederlands-hervormd	1,2		1,8	*
gereformeerd	2,5	*	2,2	*
katholiek (= ref.)	.		.	
kerkbezoek				
maandelijks kerkbezoek of minder	2,7	**	1,2	
2 of 3 keer per maand	1,5		0,9	
wekelijks of vaker (= ref.)	.		.	
urbanisatiegraad				
grote steden	2,1	*	1,4	
stedelijk	1,4		0,8	
dorpen	2,1		1,3	
platteland (= ref.)	.		.	
lage MMSE-score (ref. = hoog)	0,7		1,9	*

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

a Resultaten van multinomiale logistische regressieanalyse, met niet-kwetsbare ouderen als referentiecategorie; niet significant zijn: sekse, opleidingsniveau, zelfstandig wonend, professionele hulp, subjectieve gezondheid, chronische aandoening, en functionele beperkingen.

Bron: VU (LASA'01/'02)

In de laatste kolom van de tabel zien we dat kinderlozen, degenen die niet lid zijn van de katholieke kerk, en degenen met een slecht cognitief vermogen een relatief grote kans hebben om tot de groep van matig kwetsbaren te behoren. Over het algemeen kunnen we zeggen dat de matig kwetsbaren een minder scherp profiel hebben dan de sterk kwetsbaren, en dat hun kenmerken verder niet duidelijk afwijken van die van de sterk kwetsbaren. Opmerkelijk is wel dat het cognitief functioneren nu wel van belang is: ouderen met cognitieve problemen hebben een vergrote kans op een klein zorgpotentieel.

3.6 Cohortvergelijking van zorgpotentieel

In het voorgaande is gebleken dat ouderen in de leeftijd van 65 tot 95 jaar in 2001/2002 over redelijk wat zorgpotentieel in het netwerk konden beschikken. In deze paragraaf beantwoorden we de vraag of dit ten opzichte van tien jaar eerder een vooruitgang of een achteruitgang is. Er zijn ontwikkelingen in de samenleving geweest en nog gaande die suggereren dat het netwerkpotentieel van de huidige ouderen minder groot zou zijn dan dat van ouderen van tien jaar geleden. De huidige ouderen zijn immers langer blootgesteld aan ontwikkelingen in de samenleving als ontkerkelijking, het kleiner worden van de gezinnen, en de toename in het aantal echtscheidingen. Onze derde vraag behelst dan ook een vergelijking van het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen in 2002 met dat in de netwerken van ouderen in 1992. Omdat in 1992 ouderen van 85 jaar en ouder niet in het onderzoek waren betrokken, vergelijken we 65-74-jarigen en 75-84-jarigen in 2002 met ouderen van dezelfde leeftijd in 1992.

De gegevens laten zoals verwacht een aantal veranderingen zien in de kenmerken van de ouderen (niet in tabel). Ten opzichte van 1992 geldt voor de 65-74-jarigen in 2002 een daling van het kindertal (gemiddeld 3,0 in 1992 en 2,5 in 2002), stijging van het opleidingsniveau en het inkomen (niet gecorrigeerd voor inflatie), verandering in woonomgeving (minder in dorpen, vaker op het platteland of in stedelijk gebied), een toename van het aantal chronische ziekten, en een afname van het aantal ouderen met veel beperkingen. Door de stijging van de levensverwachting zijn er in 2002 onder de 75-84-jarigen meer vrouwen dan in 1992. Andere verschillen ten opzichte van 1992 zijn dat de 75-84-jarigen in 2002 minder kinderen hebben (gemiddeld 3,2 in 1992 en 2,7 in 2002), vaker gescheiden en minder vaak gehuwd zijn, vaker zelfstandig wonen, een hogere opleiding en inkomen hebben, minder vaak naar de kerk gaan, in een veranderende omgeving wonen (minder in dorpen, vaker op het platteland of in stedelijk gebied), meer chronische ziekten hebben, minder vaak veel beperkingen hebben, en fysiek en cognitief beter presteren.

Tabel 3.8 laat zien dat de ouderen in 2002 over het algemeen meer relaties met zorgpotentieel hebben dan ouderen in 1992. Het algemene beeld gaat overigens niet op voor elk relatietype bij elke onderscheiden leeftijdsgroep. Behoorlijke stijgingen zien

we bij de buren bij de jongste leeftijdsgroep en kinderen en vrienden bij de oudste leeftijdsgroep. De stijging is veelal minder wanneer tot de potentiële zorgverleners degenen worden gerekend die binnen tien minuten reisafstand wonen.

Tabel 3.8

Percentage potentiële zorgverleners voor verschillende relatietypen, 1992 en 2002^a
(in procenten)

	potentieelzorger		potentieelzorger in nabijheid	
	1992	2002	1992	2002
leeftijd 65-74 jaar				
kinderen	44	48	21	22
overige familie	13	12	6	4
buren	25	34	25	34
vrienden	14	17	6	8
overige niet-familie	13	12	8	7
leeftijd 75-84 jaar				
kinderen	37	46	16	19
overige familie	10	12	5	4
buren	29	28	29	28
vrienden	12	19	6	9
overige niet-familie	9	14	6	9

a In de leeftijdscategorie van 65-74-jarigen betrof het in 1992 totaal 12.391 netwerkrelaties en in 2002 10.102 relaties. Voor de 75-84-jarigen betrof het respectievelijk 12.632 en 6.072 netwerkrelaties.

Bron: VU (LASA'92/'93 en 2001/'02)

De stijging in proportie zorgpotentieel betekent waarschijnlijk dat de netwerkrelaties van de ouderen in 2002 beter onderhouden zijn dan die van de vergelijkbare ouderen in 1992. We zien namelijk niet dat de ouderen in 2002 sterker geselecteerd hebben en kleinere netwerken hebben. Integendeel, de gemiddelde omvang van de netwerken is in 2002 groter dan in 1992 (tabel 3.9). Dat de relaties verbeterd zijn, blijkt ook uit de overige gegevens: bijvoorbeeld het gemiddeld aantal potentiële zorgverleners is met gemiddeld 0,6 voor de jonge ouderen en 0,9 voor de oudste ouderen gestegen. Voor elk van de vijf typen relaties zien we een stijging, al is deze niet altijd significant.

Via regressieanalyses blijkt dat gecontroleerd voor alle andere achtergrondkenmerken, het verschil tussen 1992 en 2002 nog steeds van betekenis is. Het model verbetert significant wanneer het verschil tussen 1992 en 2002 wordt opgenomen (F verandering = 16,5 en 27,7 respectievelijk voor de beide leeftijdsgroepen; beide $p < 0,001$), waarbij er in 2002 gemiddeld 0,6 respectievelijk 0,8 meer potentiële zorg-

verleners zijn dan in 1992. Deze verschillen komen vrijwel overeen met de bivariate verschillen zoals gerapporteerd in tabel 3.7. Vanwege de selectie in de steekproef als gevolg van verschillen in overleving, is het belangrijk op te merken dat er geen verschillen in zorgpotentieel naar sekse zijn. Twee conclusies kunnen worden getrokken. De veranderingen in de kenmerken van ouderen zijn relevant, maar compenseren elkaar. Zo is het kindertal gedaald en de opleiding gestegen, met respectievelijk negatieve en positieve gevolgen voor het potentieel aan zorg. De tweede conclusie is dat er een autonome toename in het zorgpotentieel is.

Tabel 3.9

Het zorgpotentieel van 65-84-jarigen in 1992 en 2002

	65-74 jaar		75-84 jaar	
	1992	2002	1992	2002
(n) =	946	655	1074	449
netwerkomvang	13,8	16,2 ***	12,3	14,0 ***
potentieel zorg (0-9)	3,3	3,9 ***	2,6	3,5 ***
potentieel zorg (van max. 9 netwerkliden) (%)	39	45 ***	33	43 ***
potentieel zorg nabij (0-9)	1,8	2,1 **	1,4	1,8 ***
potentieel zorg nabij (van max. 9 netwerkliden) (%)	22	25 *	18	21 **
kinderen	1,9	2,0	1,5	2,0 ***
overige familie	0,5	0,6 *	0,4	0,5 **
buren	0,4	0,7 ***	0,4	0,5
vrienden	0,2	0,3	0,1	0,2 **
overige niet-familie	0,2	0,3 **	0,1	0,3 ***

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Bron: VU (LASA'92/'93 en 2001/'02)

Aanvullend op voorgaande gegevens wordt ook voor beide leeftijdsgroepen de kwetsbaarheid van de ouderen in 1992 en 2002 bekeken. Tabel 3.10 laat zien dat het percentage zeer kwetsbare ouderen (geen partner, geen zorgpotentieel) voor de jongsten niet daalt, maar voor de oudsten wel (van 14 naar 8). Het percentage matig kwetsbaren (óf een partner óf een andere relatie met zorgpotentieel) daalt fors voor beide leeftijdsgroepen. Per saldo is er zowel voor de 65-74-jarigen als voor de 75-84-jarigen een sterke stijging van niet-kwetsbare ouderen ($X^2_{(2)} = 13,7$ en $34,5$ respectievelijk; beide $p < 0,001$).

Tabel 3.10

Percentage ouderen naar zorgpotentieel in 1992 en in 2002, voor 65-plussers

	65-74 jaar		75-84 jaar	
	1992	2002	1992	2002
(n) =	946	655	1074	449
geen zorgpotentieel	5	5	14	8
1 relatie met zorgpotentieel	20	13	24	14
≥ 2 relaties met zorgpotentieel	75	82	62	78

Bron: VU (LASA'92/'93 en 2001/'02)

Via logistische regressieanalyse blijkt dat, gecontroleerd voor alle andere achtergrondkenmerken, het cohortverschil weer van betekenis is (voor de jongste ouderen: X^2 verandering = 6,3, $p < 0,01$; OR = 0,69 ten gunste van de ouderen in 2002; voor de oudste ouderen: X^2 verandering = 17,4, $p < 0,001$; OR = 0,53 ten gunste van de ouderen in 2002). Interactie-effecten tussen de prediktoren en het jaar zijn niet significant. Dit laatste wijst erop dat de beschikking over bepaalde sociale en individuele kenmerken in 1992 geen andere samenhang vertoont met het zorgpotentieel dan in 2002. Alleen het interactie-effect tussen jaar en het aantal kinderen is significant (OR = 0,76). Dit betekent dat, in aanvulling op het gegeven dat naarmate men meer kinderen heeft de kans op matige of sterke kwetsbaarheid daalt, deze daling per kind in 2002 groter is. Deze toename in betekenis van kinderen van 1992 naar 2002 compenseert de afname in het kindertal. Met andere woorden, in 2002 heeft men minder kinderen, maar deze kinderen bevatten meer zorgpotentieel dan in 1992 het geval was.

3.7 Realisatie van het zorgpotentieel

Voor de vierde en laatste vraag gaan we na in hoeverre ouderen ook daadwerkelijk gebruikmaken van het beschikbare zorgpotentieel als de zorgbehoefte toeneemt. Daartoe wordt voor een selectie van de ouderen die in de loop van zes jaar tijd gezondheidsproblemen ontwikkelden, nagegaan of ze bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke taken hulp krijgen van hun partner, kinderen, overige familie, en van hun burens, kennissen of vrienden. Specifiek wordt nagegaan of ouderen met zorgpotentieel in bepaalde relatietypen ook daadwerkelijk hulp krijgen van deze relatietypen. Het zorggebruik in 2001/2002 wordt daarvoor in verband gebracht met de beschikbaarheid van het zorgpotentieel zes jaar eerder, maar ook met de individuele en sociale kenmerken van de oudere. Analyses worden verricht voor 355 ouderen die in 1995/1996 nog geen functionele beperkingen hadden en in 2001/2002 verschil-

lende functionele beperkingen rapporteren (een stijging van minimaal twee uit zes items). Hulp van partners wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat die vrijwel gelijkstaat aan de beschikbaarheid van de partner. Bij de andere relatietypen is het minder vanzelfsprekend dat hulp wordt gegeven en wordt meer variatie verwacht in het realiseren van het zorgpotentieel.

De cijfers wijzen uit dat er niet vaak hulp wordt ontvangen van kinderen (21% van de ouderen krijgt hulp in 2001/2002), overige familie (4%) of vrienden, burens of kennissen (4%). Tabel 3.11 (N = 355) laat zien dat degenen die geen potentiële zorgverleners onder de kinderen hebben een heel kleine kans hebben zes jaar later hulp te krijgen. Degenen met één potentiële zorgverlener onder de kinderen heeft een grotere kans, maar – gecontroleerd voor alle achtergrondkenmerken – een kleinere kans dan degenen die meer dan één potentiële zorgverlener onder de kinderen hebben. Zoals gezegd krijgen ouderen weinig frequent hulp van overige familie en niet-familie. Het aantal potentiële zorgverleners is dan ook niet meer bepalend voor de vraag of men zes jaar later hulp krijgt (niet getoond).

Tabel 3.11

Verkrijgen van informele zorg van ouderen in 2001/2002 naar de beschikbaarheid van zorgpotentieel in 1995/1996^c

potentiële zorgverleners onder kinderen (1995/1996)	hulp door één of meer kinderen gegeven (2001/2002)	
	% ^a	OR ^b
geen potentiële zorgverlener	5	0,12
één potentiële zorgverlener	23	0,57
twee potentiële zorgverleners	26	1,06
drie potentiële zorgverleners	28	1,08
≥ vier potentiële zorgverleners (= ref.)	35	1,00

a Bivariaat ($\chi^2(4) = 27,1$; $p < 0,001$).

b Multivariaat (Wald = 19,0; $p < 0,001$). Gecontroleerd voor de duur van het interval tussen de waarnemingen, sekse, leeftijd, veranderingen in partnerstatus, opleiding, inkomen, kerklidmaatschap en kerkbezoek, urbanisatie, verkregen professionele hulp, subjectieve gezondheid, depressieve symptomen, chronische ziekten, functionele beperkingen, fysieke prestatie en cognitief functioneren (MMSE, Coloured Raven).

c Gecontroleerd voor alle achtergrondkenmerken. N = 355 ouderen die functionele beperkingen ontwikkelden tussen 1995/1996 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'95/'96 en 2001/'02)

3.8 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is de omvang van het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen onderzocht. We kunnen concluderen dat gemiddeld genomen de ouderen in de leeftijd van 65 tot 95 jaar tussen de drie en vier relaties hebben die als potentiële zorgverleners kunnen worden aangemerkt. In dit aantal is een eventuele partner niet

meegenomen. Potentiële zorgverleners vinden we vooral onder de kinderen en de burens, en in mindere mate onder overige familie, vrienden en overige niet-verwanten. Ongeveer een vijfde van de ouderen heeft geen (7%) of slechts één relatie met zorgpotentieel (13%).

De beschikbaarheid van zorgpotentieel blijkt zowel bepaald door de sociale context (woonomgeving, kerkelijkheid, gezinsgrootte), als door individuele capaciteiten (opleiding of inkomen, cognitief functioneren). Vooral de oudsten, degenen met een laag inkomen, degenen die woonachtig zijn in een grote stad, niet-katholiek zijn, en cognitief slecht functioneren, hebben een netwerk zonder of met weinig zorgpotentieel.

Een positief beeld vinden we in de vergelijking van het zorgpotentieel van ouderen in 2002 en in 1992; de ouderen hebben in 2002 meer zorgpotentieel tot hun beschikking dan in 1992. Dit suggereert dat de netwerken diverser zijn geworden en dat men meer tijd en aandacht besteedt aan burens, vrienden, en overige niet-verwanten. We hebben in dit hoofdstuk echter ook gezien dat deze relatietypen zelden overgaan tot het daadwerkelijk verlenen van informele zorg. Het grotere zorgpotentieel van deze relaties kan dus wijzen op een groter kapitaal in deze relaties, maar of dit kapitaal zich zal uitbetalen in informele zorg, is nog maar de vraag. De longitudinale vergelijking liet zien dat een groter zorgpotentieel bij de kinderen de kans op informele zorg wel vergroot. Dit ondersteunt eerdere bevindingen dat kinderen belangrijke informele zorgverleners zijn voor zorgbehoevende ouderen.

Uit de resultaten komt een duidelijke risicogroep naar voren met een gebrek aan zorgpotentieel. Alleenstaande ouderen in de grote stad met een gering inkomen of opleidingsniveau, die cognitief slecht functioneren, en geen kinderen of geen goede relaties met kinderen hebben, vereisen de aandacht van beleidsmakers, professionele zorgverleners, en vrijwilligersorganisaties in de zorg. Als deze ouderen niet zelf om hulp vragen en zij geen informele zorgverleners hebben die dat voor hen kunnen doen, is het risico groot dat zij de zorg missen die ze wel nodig hebben. Op lokaal niveau kan de identificatie van de risicogroepen verbeterd worden door regelmatig de populatie ouderen in de gemeente te monitoren. Vele GGD's verrichten regelmatig onderzoek naar de populatie ouderen. Opname van vragen naar de beschikbaarheid van bepaalde relaties (kinderen, burens, vrienden, familie, kerkgenoten) en naar de waargenomen bereidheid van anderen om bij te springen in tijden van nood, zal meer inzicht geven in welke ouderen geen of beperkt zorgpotentieel tot hun beschikking hebben.

De resultaten onderschrijven het belang van de kerkelijke gemeenschap in de informele zorg van ouderen. De kerkelijke gemeenschap is ongetwijfeld een belangrijke ontmoetingsplaats voor vrienden en kennissen en daarmee een goed middel

om deze contacten te onderhouden. Binnen een kerkelijke gemeenschap heerst de norm van zorgen voor elkaar, wat het zorgpotentieel in het netwerk vergroot. Dit blijkt overigens bij de katholieken meer het geval te zijn dan bij de gereformeerden en de Nederlands-hervormden. Nu steeds minder ouderen lid zijn van kerkelijke gemeenschappen, zijn zij voor sociale relaties meer afhankelijk van andere ontmoetingsplaatsen, zoals vrijwilligersorganisaties en buurthuizen. Het vergroten van het netwerk, via kerk, buurt of organisaties, lijkt dan ook het meest aangewezen voor het vergroten van het zorgpotentieel in de relaties. Onderzoek naar cohortverschillen in sociale participatie van jonge ouderen wijst uit dat de ouderen in 2002 actiever zijn in vrijwilligersorganisaties en in het besteden van hun vrije tijd dan de ouderen in 1992 (Broese van Groenou 2006). In dit hoofdstuk hebben we gezien dat deze grotere sociale participatie zich uitbetaalt in een groter zorgpotentieel in het netwerk.

Na het vaststellen van het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen, blijft de vraag hoe en of dit zorgpotentieel ook daadwerkelijk omgezet wordt in informele zorg. De resultaten wijzen uit dat alleen het zorgpotentieel bij kinderen zich bij sommige ouderen uitbetaalt in informele zorg. Bij burens en vrienden was er geen bewijs dat zorgpotentieel ook daadwerkelijk hulp opleverde. Dit 'gebrek' aan informele zorg door de netwerkrelaties vereist de aandacht van beleidsmakers en managers in de zorg. Van groot belang blijft het informeren van potentiële zorgverleners over de mogelijkheden om ondersteuning te krijgen bij het verlenen van informele zorg. Maatregelen als het opnemen van zorgverlof, een tegemoetkoming in de financiële kosten, en flexibele arbeid- en zorgarrangementen en kinderopvang, worden nog onvoldoende benut of zijn mogelijk onvoldoende bekend bij potentiële informele zorgverleners. Informatieverspreiding via lokale instanties en landelijke centra (bv. het Expertisecentrum Informele Zorg) blijft hard nodig. Daarnaast hebben professionals in de zorg mogelijk nog te weinig aandacht voor de potentiële zorgrelaties in het netwerk van de hulpbehoevende ouder. Kinderen kunnen gestimuleerd worden om de zorgverlening aan ouders zoveel mogelijk te delen met de broers en zussen en met andere informele hulpverleners. Professionals moeten ten aanzien van informele zorgverleners dan ook hun focus verleggen naar het netwerk van de zorgbehoevende ouderen en stimuleren dat informele zorg wordt verdeeld onder de partner, kinderen, burens en kerkgenoten.

Met het oog op de toekomst kunnen we stellen dat de ontwikkelingen die een positief effect hebben op het voor ouderen beschikbare zorgpotentieel (hogere opleiding, meer inkomen, betere relaties met netwerkleiden) enigszins worden gereduceerd door ontwikkelingen (ontkerkelijking, kleiner kindertal) die een negatief effect op het zorgpotentieel hebben. Het nettoresultaat is wel dat er minder kwetsbare ouderen zijn dan tien jaar geleden. Dit positieve resultaat onderbouwt de noodzaak van maatregelen die het aangaan en onderhouden van sociale relaties bevorderen. Stimuleren van opleiding, behoeven voor armoede, stimuleren van betrokkenheid bij

kerk of vrijwilligersorganisaties, en benadrukken van het belang van gezinsvorming en arbeidsparticipatie, vormen speerpunten in beleid die op de lange termijn kunnen leiden tot een groter zorgpotentieel op oudere leeftijd.

Noot

- 1 De criteria van maandelijks contact en enige mate van steunuitwisseling zijn zeer bepalend voor het aantal personen dat als zorgpotentieel wordt aangemerkt. De keuze is natuurlijk arbitrair en kan als volgt worden gemotiveerd. Ten eerste zal aan deze ruime criteria een bredere range van relatietypen voldoen. Leggen we de grens bij wekelijks contact en/of intensieve steunuitwisseling, bijvoorbeeld, dan voldoen hier vooral kinderen en burens aan, en kunnen we het zorgpotentieel van familieleden en vrienden minder goed onderzoeken. Ten tweede ontwikkelen gezondheidsproblemen zich doorgaans in een vrij traag tempo, en zal de behoefte aan informele zorg ook langzaam duidelijk worden. De ontwikkeling van de behoefte aan informele zorg heeft daarmee voldoende tijd om ook de mensen te bereiken met wie het contact niet wekelijks, maar wel maandelijks wordt onderhouden, en met wie men enige historie heeft van steunverlening.

Bijlage B Methodologische verantwoording bij hoofdstuk 3

Steekproef

De gegevens in hoofdstuk 3 zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In deze studie werden 3107 ouderen in de leeftijd van 55 tot 85 jaar sinds 1992 en 1002 ouderen in de leeftijd van 55 tot 65 jaar sinds 2002 gevolgd met waarnemingen elke drie jaar. De steekproeven zijn getrokken uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten, waaronder drie steden, in het westen, noordoosten en zuiden van Nederland. De steekproeven waren gestratificeerd naar sekse en geboortjaar, waarbij in de steekproef van 1992 mannen en de oudsten oververtegenwoordigd waren. Uitval gedurende de studie is hoofdzakelijk veroorzaakt door overlijden en in mindere mate doordat mensen door ziekte niet in staat waren aan het interview mee te doen, of hun medewerking aan de studie stopten.

De gegevens waarop deze rapportage is gebaseerd, zijn afkomstig van verschillende waarnemingen. De beantwoording van vraag 1 en 2 is gebaseerd op de waarneming in 2001/2002 ($N = 1691$). De ouderen zijn dan tussen de 65 en 94 jaar oud. Voor 1351 van deze ouderen zijn valide gegevens over de samenstelling van hun persoonlijk relatienetwerk beschikbaar. Geen gegevens waren beschikbaar voor 122 ouderen met wie geen mondeling maar een telefonisch interview is gehouden, 95 ouderen voor wie alleen een interview met een vervangend persoon (meestal een familielid) is gehouden, en 123 ouderen met wie een verkort mondeling interview is gehouden. De ouderen van wie de gegevens geanalyseerd zijn, vormen een relatief gezonde selectie uit de overlevende steekproef. De leeftijd van deze 605 mannen en 746 vrouwen varieert van 65 tot 94 jaar (gemiddeld 75,3; $SD = 7,5$). Vrijwel allen (97%) wonen zelfstandig, de meerderheid is gehuwd (57%; 34% is weduwe of weduwnaar, 5% gescheiden en 4% ongehuwd), en men heeft gemiddeld 2,5 biologische kinderen (13% is kinderloos).

De beantwoording van vraag 3 is gebaseerd op gegevens van 65-84-jarigen die in 1992 zijn ondervraagd en 65-84-jarigen die in 2002 zijn ondervraagd. De 65-74-jarigen in 1992 maken bij overleving dus ook deel uit van de dataverzameling in 2002. Van de 2105 ondervraagden in 1992 waren geen gegevens beschikbaar voor 83 ouderen met wie een verkort mondeling interview is gehouden. Verder ontbraken van twee ouderen gegevens over het netwerk. Van de 1311 ondervraagden in 2002 waren geen gegevens beschikbaar voor 95 ouderen met wie geen mondeling maar een telefonisch interview is gehouden, 45 ouderen voor wie alleen een interview met een vervangend persoon (meestal een familielid) is gehouden, en 67 ouderen met wie een verkort mondeling interview is gehouden.

De beantwoording van vraag 4 is gebaseerd op ondervraagden met waarnemingen in 1995/1996 en in 2001/2002 ($N = 1691$). Geen gegevens waren beschikbaar voor 156 ouderen met wie geen mondeling maar een telefonisch interview is gehouden, 85 ouderen voor wie alleen een interview met een vervangend persoon (meestal een familielid) is gehouden, en 38 ouderen met wie een verkort mondeling interview is gehouden. Verder ontbraken van tien ouderen gegevens over het netwerk of over de verkregen hulp. De ouderen zijn een relatief gezonde selectie uit de oorspronkelijke steekproef. De leeftijd van de 140 mannen en 215 vrouwen van wie de gegevens geanalyseerd zijn, varieert tussen 64 en 93 jaar (gemiddeld 78,5; $SD = 7,3$). Veel (94%) wonen zelfstandig, een groot aantal (46%) is weduwe of weduwnaar (42% is gehuwd, 5% gescheiden en 7% ongehuwd), en men heeft gemiddeld 3,1 biologische kinderen (13% is kinderloos).

Meetinstrumenten

Het zorgpotentieel is bepaald als het aantal personen in het relatienetwerk dat voldeed aan een aantal aanvullende criteria. Het relatienetwerk bestaat uit personen ouder dan 18 jaar met wie men een belangrijke en frequente relatie onderhoudt (Van Tilburg 1995). De netwerkomvang is het totaal aantal personen. Naast de sekse van het netwerklid is van elke relatie het type vastgesteld, onderscheiden in kind, overige familie, vriend of vriendin, buur en bekende. De frequentie van het contact is voor elk netwerklid gevraagd in acht categorieën oplopend van 'nooit' tot 'elke dag'. Voor maximaal negen

relaties (anders dan de partnerrelatie) met het meest frequent contact is gevraagd naar de ontvangen instrumentele steun: 'Hoe vaak gebeurde het in het afgelopen jaar dat u ... hielp met dagelijkse taken in en rond het huishouden, bijv. maaltijden klaarmaken, het huis schoonmaken, vervoer, een klusje, het invullen van formulieren?' Vervolgens is gevraagd naar ontvangen emotionele ondersteuning: 'Hoe vaak gebeurde het in het afgelopen jaar dat u over uw persoonlijke belevenissen en gevoelens aan ... verteld heeft?' De gegeven instrumentele en emotionele ondersteuning werd door middel van twee vergelijkbare vragen vastgesteld. De antwoordmogelijkheden op deze vier vragen waren 'nooit', 'zelden', 'soms', en 'vaak'. Tevens is naar de reistijd (in uren en minuten) gevraagd.

Het zorgpotentieel is bepaald als het aantal netwerkleiden (exclusief de partner) binnen de maximaal negen netwerkleiden met de hoogste contactfrequentie, met

- a minstens maandelijks contact;
- b instrumentele uitwisseling (zelden of vaker);
- c soms of vaak emotionele uitwisseling.

De reden voor het leggen van een ondergrens aan contactfrequentie is dat zorg geven in veel gevallen een behoorlijk frequent contact vereist, en dat het voor een signalering van zorgbehoefte en betrokkenheid bij de zorg een maandelijks frequentie minimaal lijkt. Een potentieel zorgende relatie moet ook gekenmerkt zijn door uitwisseling van steun. Of de steun gegeven of ontvangen wordt is daarbij niet van belang. Voor emotionele steun is een hogere drempel gelegd, omdat zorgverlening binnen persoonlijke relaties een relatief sterke band vereist.

Het is mogelijk dat het op deze manier gemeten zorgpotentieel onderschat wordt, en dat de kwetsbaarheid overschat wordt. We hebben immers niet van alle relaties gegevens over de steun-uitwisseling, en het is mogelijk dat er onder de niet-bevraagde relaties nog meer relaties zijn met wie minstens maandelijks contact is én ook steun wordt uitgewisseld. Dit betreft een aanzienlijk aantal relaties, zoals uit tabel B.1 blijkt. Van bijvoorbeeld de sterk kwetsbaren (vraag 1; N = 101) heeft 45% een netwerk dat nog groter is dan negen leden. Als we meer dan negen netwerkleiden hadden bevraagd over steun, was mogelijk bij een deel van deze respondenten (maximaal 37%) alsnog één of meer steunende relaties geïdentificeerd als potentiële zorgverlener.

Tabel B.1 Relatie tussen omvang van het zorgpotentieel en omvang van het netwerk (in procenten en absolute aantallen)

	(n)	netwerk kleiner dan 10	netwerk groter dan 9, maar in 10 ^e relatie minder dan maandelijks contact	steun onbekend
sterk	101	55	8	37
matig	179	52	5	44
niet	1071	26	8	66

Bron: VU (LASA'01/'02)

Bij de vierde vraag is de afhankelijke variabele gerealiseerde informele zorg van verschillende relatietypen. Deze afhankelijke variabele is gebaseerd op de vragenserie: 'Krijgt u momenteel hulp bij uw persoonlijke verzorging? Met persoonlijke verzorging bedoelen we een van de volgende handelingen: wassen, baden of douchen, kleden, naar het toilet gaan, opstaan en gaan zitten. Krijgt u momenteel hulp bij huishoudelijke taken? Met huishoudelijke taken bedoelen we een van de volgende handelingen: maaltijden bereiden, boodschappen doen, het huis schoonhouden, de vuilniszakken buiten zetten, maar ook formulieren invullen. Krijgt u deze hulp van uw partner? Krijgt u deze hulp van uw inwonend kind? Krijgt u deze hulp van een andere inwonende? Krijgt u deze hulp van een uitwonend kind? Krijgt u deze hulp van overige uitwonende familie? Krijgt u deze hulp van burens, vriend(inn)en of kennissen? Krijgt u deze hulp van vrijwilligers? Krijgt u deze hulp van uw wijkverpleegster (kruisvereniging)? Krijgt u deze hulp van de bejaardenhulp, gezinsverzorging of alpha-hulp? Krijgt u deze hulp via particuliere hulp? Krijgt u deze hulp van het personeel van het tehuis of ziekenhuis?' In de analyses voor vragen 2 tot en met 4 is als onafhankelijke variabele opgenomen het gebruik van professionele hulp. Daaronder valt de hulp van wijkverpleegkundige, bejaardenhulp, en/of personeel van tehuis of ziekenhuis (0 = niet, 1 = wel). In de analyses voor vraag 4 zijn drie afhankelijke variabelen geconstrueerd: hulp van uit/thuiswonende kinderen (0,1), hulp van overige familieleden (0,1) en hulp van burens en vrienden (0,1).